



# PROTOCOLO DE GESTÃO DO CUIDADO E AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL



**AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL**

# **PROTOCOLO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**JOSÉ RENATO CASAGRANDE**

Governador do Estado do Espírito Santo

**NÉSIO FERNANDES DE MEDEIROS JUNIOR**

Secretário de Estado da Saúde

**QUELEN TANIZE ALVES DA SILVA**

Subsecretária de Estado da Atenção à Saúde

**FABIANO RIBEIRO DOS SANTOS**

Diretor do Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde - ICEPI

**GLEIKSON BARBOSA DOS SANTOS**

Subsecretário de Estado da Saúde para Assuntos de Regulação e Organização da  
Atenção à Saúde

**JOSÉ TADEU MARINO**

Subsecretário de Estado de Planejamento e Transparência da Saúde

**LUIZ CARLOS REBLIN**

Subsecretário de Estado da Vigilância em Saúde

**ERICO SANGIORGIO**

Subsecretário de Estado de Administração e Financiamento de Atenção à Saúde

**Vitória, setembro de 2021.**



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## Elaboração e informações:

### **Governo do Estado do Espírito Santo**

Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo.  
Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 3347-5630  
Site: <https://saude.es.gov.br/>

### **Subsecretaria Estadual de Regulação, Controle e Avaliação em Saúde (SSERCAS)**

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 3347-5671  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [ssercas@saude.es.gov.br](mailto:ssercas@saude.es.gov.br)

### **Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)**

Rua Engenheiro Guilherme Monjardim Varejão, 225  
– Ed. Enseada Plaza – Enseada do Suá  
CEP: 29050-260 – Vitória/ES.  
Tel: (27) 5672-3347  
Site: <https://saude.es.gov.br/>  
E-mail: [icepi@saude.es.gov.br](mailto:icepi@saude.es.gov.br)

## Coordenação-Geral:

Patrícia Rocha Vedova Pirola

## Organização:

Elaine Cristina Campos Dallorto  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Laís Coelho Caser  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Margareth Pandolfi  
Patrícia Rocha Vedova Pirola  
Roberta Pedrini Cuzzuol  
Sílvio José Santana

## Autores:

Adriana Pereira Barcelos  
Fernanda Croce Pinheiro Loureiro  
Karla Fazollo Paiva Dornelas  
Laís Coelho Caser  
Mauricio Aquino Paganotti  
Roberta Pedrini Cuzzuol  
Rossana Pego  
Victor Araújo De Oliveira

## Revisão Técnica:

Roberta Pedrini Cuzzuol

## Projeto Gráfico, design, diagramação e capa:

Gabriel Torobay  
Guilherme Campello



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## SUMÁRIO

Introdução.....	01
Apresentação.....	02
Critérios de Prioridade.....	03
Lista de Abreviaturas.....	05
1. Diminuição da Acuidade Auditiva.....	06
2. Obstrução Nasal.....	07
3. Otites.....	08
4. Rinossinusopatia.....	09
5. Vertigem .....	10
6. Zumbido .....	12
7. Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono (SAOS).....	12
8. Disfonia.....	13
9. Referências Bibliográficas.....	14



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2009) define a atenção à saúde como tudo o que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e os serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças. Na organização das ações do Sistema Único de Saúde (SUS), o cuidado com a saúde está ordenado em níveis de atenção, quais sejam: a Atenção Básica, a Atenção Secundária e a Atenção Terciária.

O acesso da população a esta rede de serviços regionalizada e hierarquizada deve se dar no nível primário de atenção, que precisa estar qualificado para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares.

Os motivos de encaminhamento selecionados e as patologias descritas são os mais prevalentes para as especialidades compreendidas neste Protocolo de Gestão do Cuidado e Autorregulação Formativa Territorial para acesso às consultas especializadas.

Protocolos são instrumentos úteis na organização do processo de trabalho e na resolubilidade das ações de saúde. Porém, é importante ressaltar que, embora útil e necessário, o emprego de protocolos apresenta limites, pois pode restringir-se a atos e procedimentos preestabelecidos e não responder às reais demandas clínicas em diferentes situações e esse fato traz a necessidade de se combinar a padronização de procedimentos diagnósticos e terapêuticos com as variações presentes em cada caso, para garantia da integralidade da assistência e o acesso da população aos serviços e às ações de saúde de acordo com as suas necessidades.

Os pacientes podem não se enquadrar exatamente nas situações elencadas, outras situações clínicas ou mesmo achados na história e no exame físico dos pacientes podem justificar a necessidade de encaminhamento e podem não estar contempladas nos protocolos, portanto, faz-se necessário que informações consideradas relevantes pelo profissional solicitante sejam relatadas.

As informações do conteúdo descritivo mínimo devem ser suficientes para caracterizar a indicação do encaminhamento e sua prioridade, além de contemplar a utilização dos recursos locais para avaliação e tratamento do caso.

Os resultados de exames complementares são uma informação importante para auxiliar o trabalho da regulação, e devem ser descritos quando realizados pelo paciente e suas solicitações constam no conteúdo descritivo mínimo de cada protocolo. Contudo, os referidos exames não são obrigatórios para os locais que não dispõem desses recursos, e não impedem a solicitação e autorização de consulta especializada.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## APRESENTAÇÃO

A gestão do cuidado é compreendida como a produção do cuidado orientado pelas necessidades de saúde do usuário, fundamentada em uma abordagem integral construída através do diálogo entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, implementada por meio de discussão de casos, protocolos assistenciais e da educação permanente como ferramentas centrais para produção de uma atenção básica resolutiva, pois os mecanismos de comunicação com troca de informações entre profissionais dos diversos pontos da rede de atenção e serviços de saúde são essenciais para os profissionais de saúde da atenção básica exercerem a coordenação e garantirem a continuidade do cuidado aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Diante da necessidade de otimização do processo regulatório, a Portaria ICEPi nº 003-R, de 03 de fevereiro de 2020, instituiu no âmbito do Laboratório de Práticas de Inovação em Regulação e Atenção à Saúde - LIPRAS/ICEPi, o projeto de extensão e inovação em ambiente produtivo em saúde “Projeto de Implantação da Regulação Formativa: Inovação do acesso assistencial”, com o objetivo de organizar a relação entre diversos pontos de atenção, com estabelecimento de laços de referência entre os profissionais de saúde das atenções básica e especializada, incorporando ao perfil de competências clínicas dos trabalhadores de saúde assistenciais, conhecimentos e habilidades de regulação, vigilância em saúde, educação permanente e pesquisa.

A Portaria SESA nº 102-R, de 20 de maio de 2021, estabeleceu a organização da Rede de Atenção e de Vigilância em Saúde no âmbito do Estado do Espírito Santo (RAVS-ES), sendo uma das diretrizes organizadoras a Autorregulação Formativa Territorial (Inciso I do Artigo 4º), fundamentada na reorientação do modelo de atenção à saúde desde a Atenção Primária até a Terciária/Hospitalar, com a organização de fluxos assistenciais a partir do referenciamento e compartilhamento de informações entre serviços e profissionais de saúde de diferentes níveis de assistência, permitindo a coordenação do cuidado dos usuários do SUS, visando a integração sistêmica, favorecendo o acesso, a equidade e a eficácia clínica.

O caráter inovador está na potencialização do protagonismo dos profissionais da área da saúde nos processos de educação permanente e qualificação da atenção (principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde), baseadas em diretrizes e protocolos clínicos (Inciso V do Artigo 4º), incorporação do uso de tecnologia da informação, na desburocratização do acesso, no incremento de eficiência, de desempenho no sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica, sanitária, visando a estruturação de um sistema integrado nos diferentes níveis de atenção e de gestão do sistema de saúde.

Desta forma, o processo de educação permanente ganha importância central para a qualificação da atenção, principalmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde, permitindo assim que esta alcance seu máximo potencial de resolubilidade, sendo uma ferramenta de gestão e apoio à atenção à saúde para melhoria da qualidade.

A consolidação dessa prática pretende aprimorar os processos de trabalho em saúde, reduzir o tempo nas filas de espera por consultas e exames especializados, oferecer atendimentos mais qualificados, encaminhamentos mais resolutivos e diminuir o absenteísmo.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## CRITÉRIOS DE PRIORIDADE

A Autorregulação Formativa Territorial se destina às consultas ambulatoriais especializadas bem como aos exames complementares e procedimentos, todos em caráter eletivo. As vagas para esse nível de complexidade são finitas e portanto o encaminhamento deve ser uma conduta reservada aos pacientes com boa indicação clínica, baseada nas melhores evidências disponíveis.

Não se destina, portanto à regulação de vagas urgentes e situações de emergência nem tampouco regulação de vagas de internação hospitalar.

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve seguir os princípios de acessibilidade, longitudinalidade, abrangência das ações e coordenação do cuidado. Portanto, os profissionais da atenção primária devem exercer a coordenação do cuidado dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) no acesso aos demais níveis de atenção, mantendo o foco na resolutividade das ações em saúde. Este protocolo serve como um parâmetro de critérios para embasamento das decisões tendo as melhores evidências clínicas disponíveis no momento. Existem outras condições clínicas que não foram contempladas neste protocolo, portanto o médico solicitante possui autonomia profissional para decidir sobre a melhor conduta e orientar o encaminhamento do paciente para o atendimento especializado apropriado conforme sua avaliação técnica e estabelecimento dos critérios de prioridade, assim como o médico especialista, enquanto profissional de referência, também possui autonomia para alterar a classificação da prioridade, intervir ou orientar sobre a melhor conduta na condução de cada caso e realizar a regulação das vagas de consultas especializadas, para disponibilizar a assistência mais adequada aos usuários do SUS, sendo essas ações atos médicos baseados no rigor técnico e na objetividade .

A Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018, modificada pelas Resoluções CFM nº 2.222/2018 e 2.226/2019, registra nos Incisos VIII e XVI do Capítulo I, e inciso II do Capítulo II:

Capítulo I: “(...) VIII – O médico não pode, em nenhuma circunstância ou sob nenhum pretexto, renunciar à sua liberdade profissional, nem permitir quaisquer restrições ou imposições que possam prejudicar a eficiência e a correção de seu trabalho (...)

(...) XVI - Nenhuma disposição estatutária ou regimental de hospital ou de instituição, pública ou privada, limitará a escolha, pelo médico, dos meios cientificamente reconhecidos a serem praticados para estabelecer o diagnóstico e executar o tratamento, salvo quando em benefício do paciente.(...)”

Capítulo II: “(...) II - Indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente.(...)”

O sistema informatizado da Autorregulação Formativa Territorial permite no momento da solicitação de exame e/ou consulta especializada a priorização por cores, que deve ser utilizada criteriosamente de acordo com a real necessidade, para uma melhor orientação do acesso aos serviços especializados de saúde.







# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

**Legenda dos Critérios de Prioridades:** os conceitos atribuídos a estes níveis de prioridade/cores ocorrerão da seguinte forma:

CRITÉRIOS DE PRIORIDADE DO ATENDIMENTO		
COR	PRIORIDADE	MOTIVOS DE ENCAMINHAMENTO
VERMELHO	MUITO ALTA	<b>Eletivo de alta prioridade:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico especializado prioritário por possíveis e/ou prováveis complicações clínicas e/ou físicas.
LARANJA	ALTA	<b>Eletivo prioritário:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico em um prazo curto de tempo, pois a demora na marcação pode alterar a conduta a ser seguida ou implicar em interrupção do acesso a outros procedimentos subsequentes.
AMARELO	MÉDIA	<b>Prioridade eletiva não urgente:</b> são situações clínicas sem gravidade que necessitam de um agendamento eletivo.
VERDE	BAIXA	<b>Eletivo de rotina:</b> são pacientes que necessitam de atendimento médico eletivo não prioritário.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAS	Ácido Acetilsalicílico
APS	Atenção Primária à Saúde
IAH	Índice de Apneia-Hipopnéia
IECA	Inibidor da Enzima Conversora da Angiotensina
IMC	Índice de Massa Corporal
SAOS	Síndrome da Apnéia Obstrutiva do Sono
TSH	Hormônio Tiroestimulante
T4L	Tiroxina Livre
VEF1	Volume Expiratório Forçado no Primeiro Segundo





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## MOTIVOS PARA ENCAMINHAMENTO COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DIAGNÓSTICA

Os principais motivos de encaminhamento para consulta em Otorrinolaringologia eletiva são descritos neste protocolo, e vale ressaltar que cada encaminhamento deve conter:

- Anamnese completa, incluindo:
  - História da doença atual;
  - Sintomas e tempo de evolução
  - História patológica pregressa, principalmente se paciente for portador de doenças sistêmicas (exemplo, diabetes mellitus e hipertensão arterial); e
  - História patológica familiar.
- Exame físico; e
- Exame(s) complementar(es) e/ou tratamento(s) clínico(s) e/ou cirúrgico(s) prévio(s).

### 1. DIMINUIÇÃO DA ACUIDADE AUDITIVA

#### 1.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Perdas auditivas condutivas ou mistas com otoscopia normal;
- Hipoacusia sem alteração de otoscopia e impossibilidade de solicitar audiometria na Atenção Primária à Saúde (APS).

#### 1.2 Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese** - descrever os sinais e sintomas:
  - Duração e gravidade;
  - Presença ou não de zumbido;
  - Presença ou não de plenitude auricular;
  - Presença ou não de vertigem.
- **Exame físico:**
  - Descrição da otoscopia;
- **Exames complementares:**
  - Descrição do resultado de audiometria (tonal e vocal) e/ou impedanciometria, quando realizadas, com data.

#### 1.3. Prioridades para regulação:

- Diagnóstico de Otite Média Crônica Simples (Perfuração de Membrana Timpânica);
- Otite Média Crônica Colesteatomatosa;
- Suspeita de Neurinoma do Acústico;
- Faixa etária: idosos e crianças, devido ao risco.





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 1.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Surdez súbita;
- Traumas;
- Paralisia facial associada a otite;
- Quadros infecciosos de ouvido;
- Corpo estranho.

## 2. OBSTRUÇÃO NASAL

### 2.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Obstrução nasal relacionada a fator estrutural:
  - Tumor nasal (obstrução nasal unilateral persistente associada à epistaxe ou drenagem purulenta);
  - Desvio de septo;
  - Hipertrofia de adenóide.
- Obstrução nasal associada a pólipos nasal;
- Obstrução nasal sem etiologia definida, após avaliação inicial na APS, como: medicamentosa, rinossinusite crônica e/ou rinite alérgica.

### 2.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese** – Descrever os sinais e sintomas:
  - Início e duração dos sintomas;
  - Presença de obstrução unilateral ou bilateral;
  - Presença de rinorréia, roncos, epistaxe, anosmia, desvio de septo, deformidades faciais, entre outros achados relevantes;
  - Apresenta diagnóstico de rinite ou rinossinusite crônica? Se sim, descreva tratamento realizado (medicamentos, com posologia e duração);
  - Faz uso de medicamentos que causam obstrução nasal (Quadro 1)? Se sim, descrever quais.
- **Exames complementares:**
  - Descrever exames realizados na investigação, com data (Raio-X de cavum ou Tomografia Computadorizada de seios da face, Nasofibrofaringolaringoscopia).

### 2.3. Prioridades para regulação:

- Múltiplos pólipos;
- Sintomas graves refratários ao tratamento conservador com potencial cirúrgico;
- Comorbidades associadas e/ou agravadas: Asma, Pneumopatias, Hipertensão;
- Idosos.

### 2.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Corpo estranho;
- Traumas;
- Epistaxes;
- Complicações infecciosas como celulite, abscessos, paralisia facial.





ALGUNS MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM OBSTRUÇÃO NASAL
Antitireoidianos
Anti-hipertensivos (alfa-bloqueadores, IECA, beta-bloqueadores, bloqueadores de canal de cálcio, hidralazina)
Anti-inflamatórios não esteróides
Benzodiazepínicos
Estrogênio e progestogênios
Inibidores da 5-fosfodiesterase (agentes utilizados em disfunção erétil)
Descongestionante nasal de uso tópico (rinite medicamentosa)

Quadro 1. Alguns medicamentos/substâncias que causam obstrução nasal

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Bhattacharyya (2018).

### 3. OTITES

#### 3.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Membrana timpânica perfurada após três meses de acompanhamento na APS;
- Otite média crônica:
  - Com efusão e/ou otorréia que persistem por mais de três meses; ou
  - Que apresenta alteração estrutural da membrana timpânica ou da orelha média; ou
  - Com presença de hipoacusia.
- Suspeita de colesteatoma (presença de acúmulo epitelial que pode estar associado à otorréia fétida persistente, hipoacusia, perda auditiva condutiva, cefaléia, vertigem).

#### 3.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese** – Descrever os sinais e sintomas:
  - Duração e intensidade dos sintomas;
  - Presença de otorréia, perda auditiva, entre outros;
  - Tratamento em uso ou realizado para a condição (descrever medicamentos e posologia).
- **Exame físico:**
  - Descrição da otoscopia (anormalidades, perfuração da membrana timpânica).
- **Exames complementares:**
  - Descrever resultado de audiometria, se possível.

#### 3.3. Prioridades para regulação:

- Otite Média Aguda que não respondeu aos tratamentos de primeira e segunda escolhas;
- Criança com dificuldade de aprendizado e risco de desenvolver alterações neurológicas (meningite).

#### 3.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Complicações infecciosas (mastoidites, paralisia facial, etc.);
- Otites externas difusas e agudas.





## 4. RINOSSINUSOPATIA

### 4.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Rinossinusite Crônica:
  - Associada a anormalidades estruturais (desvio de septo, pólipos, entre outros); ou
  - Refratária ao tratamento clínico otimizado (Quadro 2) por três meses;
- Rinossinusite Bacteriana recorrente (acima de quatro episódios ao ano).

### 4.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese** - Descrever os sinais e sintomas:
  - Características do quadro;
  - Alterações anatômicas;
  - Episódios recorrentes;
  - Tratamento em uso ou já realizado para rinossinusite (medicamentos e posologia).
- **Exames complementares:**
  - Descrever os exames realizados na investigação, com data (Raio-x ou Tomografia Computadorizada de seios da face, Nasofibrofaringolaringoscopia).

### 4.3. Prioridades para regulação:

- Múltiplos pólipos;
- Sintomas graves refratários ao tratamento conservador com potencial cirúrgico.

### 4.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Corpo estranho;
- Traumas;
- Epistaxes;
- Complicações infecciosas como celulite, abscessos, paralisia facial.

#### TRATAMENTO EMPÍRICO OTIMIZADO NA RINOSSINUSITE CRÔNICA

##### **Corticosteróide oral:**

- Prednisona 20mg, duas vezes ao dia por cinco dias e, após, uma vez ao dia por mais cinco dias (total de dez dias de tratamento) **E**

##### **Antibioticoterapia oral por três a quatro semanas:**

- Amoxicilina com clavulanato (500mg, três vezes ao dia ,ou 875mg, duas vezes ao dia); **OU**
- Clindamicina (300mg, quatro vezes ao dia ,ou 450mg, três vezes ao dia). **E**

##### **Terapia adjuvante (pode ser mantida após o término do antibiótico):**

- Soro nasal;
- Corticosteróide intranasal (budesonida, beclometasona, entre outros).

Quadro 2. Tratamento empírico otimizado na rinossinusite crônica

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado Hamilos (2018).



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 5. VERTIGEM

### 5.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Suspeita de Doença de Ménière (Quadro 3);
- Vertigem Posicional Paroxística Benigna (Quadro 3), com mais de três episódios de recorrência após manobras de reposição otolítica;
- Labirintite ou Neuronite (Quadro 3) com sintomas que não melhoram após quinze dias de tratamento conservador;
- Vertigem periférica com dúvida diagnóstica após investigação de causas secundárias na APS (como medicamentos – Quadro 4), diabetes, hipertireoidismo ou hipotireoidismo descompensados);
- Automedicação de medicamentos antivertiginosos.

### 5.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese** – Descrever os sinais e sintomas:
  - Duração, tempo de evolução e frequência dos episódios de vertigem;
  - Fatores desencadeantes;
  - Outros sintomas associados;
  - Tratamento em uso ou já realizado para vertigem (não farmacológico e/ou medicamentos utilizados com dose, posologia e resposta a medicação);
  - Faz uso de medicamentos que podem causar vertigem (Quadro 4)? Se sim, descrever quais.
- **Exame físico:**
  - Descrição dos exames físico, neurológico e otoscopia.
- **Exames complementares:**
  - Descrever os resultados dos exames, com data: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, glicemia pós prandial, TSH, T4L, colesterol total e frações, triglicerídeos, ferritina, creatinina;
  - Descrever o resultado do exame de vectoeletronistagmografia (para solicitação do especialista/profissional de referência).

### 5.3. Prioridades para regulação:

- Vertigem refratária ao tratamento clínico;
- Idoso com risco de quedas; e
- Trabalhadores em altura.

### 5.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Crise vertiginosa.







# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## CARACTERÍSTICAS DAS CAUSAS MAIS COMUNS DE VERTIGEM PERIFÉRICA

### **Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB)**

Sensação rotatória que geralmente dura menos que um minuto e é desencadeada por movimentação da cabeça (como sair da cama, inclinar-se para frente ou para trás);

Vertigem costuma ser intensa e associada à náusea;

Presença de nistagmo (horizontal ou rotatório) desencadeado por manobras de Dix-Hallpike;

O nistagmo apresenta período de latência (inicia 5 a 20 segundos após a manobra), é fatigável e inibido após fixação do olhar.

### **Neurite Vestibular Aguda (Neuronite/Labirintite)**

Sensação rotatória sustentável (não-posicional) unidirecional, geralmente de início abrupto, com melhora progressiva durante semanas;

Associada à náusea e ao vômito, porém sem outros sintomas, como zumbido, ou sintomas neurológicos focais;

Nistagmo (horizontal ou rotatório) é inibido após fixação do olhar.

### **Doença de Ménière**

Crises recorrentes de vertigem com sintomas cocleares (hipoacusia, zumbido e plenitude aural);

Crise inicia com sintomas cocleares, seguido pela vertigem, que tem pico de intensidade rápido e dura cerca de 20 minutos a horas, porém não costuma durar mais do que 24 horas;

Pacientes costumam apresentar perda auditiva neurosensorial unilateral ou assimétrica.

Quadro 3. Características das causas mais comuns de vertigem periférica

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Duncan et al. (2013), Kanagalingam, Hajioff e Bennett (2005) e Harcourt, Barraclough e Bronstein (2017).

## ALGUNS MEDICAMENTOS/SUBSTÂNCIAS QUE CAUSAM VERTIGEM

Álcool/Cocaína
Aminoglicosídeos
Antiarrítmicos
Anticonvulsivantes (fenitoína, fenobarbital)
Antidepressivos
Anti-histamínicos sedativos
Anti-hipertensivos
Benzodiazepínicos
Diuréticos (furosemida)
Nitratos
Lítio
Relaxantes musculares

Quadro 4. Alguns medicamentos/substâncias que causam Vertigem

Fonte: TelesaúdeRS-UFRGS (2018) adaptado de Labugen (2006) e Muncie (2017).





# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

## 6. ZUMBIDO

### 6.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Ausência de melhora após controle de doenças de base como diabetes mellitus, hipertensão arterial, epilepsia, enxaqueca, dislipidemia, tireoideopatia, disfunção temporomandibular (DTM), ansiedade, depressão e anemias.

### 6.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
  - Descrever dados relevantes da história clínica;
  - Uso de medicamentos, principalmente Ácido Acetilsalicílico (AAS) e aminoglicosídeos.
- **Exame físico:**
  - Descrição da otoscopia.
- **Exames complementares:**
  - Descrever resultados dos exames: hemograma, glicemia de jejum, hemoglobina glicada, glicemia pós prandial, TSH, T4L, colesterol total e frações, triglicerídeos, ferritina, creatinina, ácido fólico, zinco e magnésio, com data;
  - Descrever resultados dos exames de audiometria (tonal e vocal) e impedanciometria, se possível.

### 6.3. Prioridades para regulação:

- Suspeita de tumor.

### 6.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- Zumbidos acompanhados de vertigens de início súbito.

## 7. SÍNDROME DA APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO (SAOS)

### 7.1. Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Paciente com suspeita de SAOS - presença de dois entre os três sintomas:
  - Roncos;
  - Sonolência diurna excessiva; e
  - Pausas respiratórias durante o sono presenciadas por outra pessoa).
- Paciente com suspeita de SAOS associada a fator obstrutivo de via aérea superior, tais como:
  - Desvio de septo nasal; ou
  - Pólipos nasais; ou
  - Hipertrofia de amígdalas, palato redundante.

### 7.2. Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**
  - Descrever presença de roncos, sonolência diurna e prejuízo funcional associados, pausas respiratórias durante o sono identificados por outra pessoa, entre outros;
  - Presença ou não de comorbidades. Se sim, deprever quais;



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

- Índice de Massa Corporal (IMC);
- Profissão do paciente;
- Consumo de álcool;
- Uso de medicamentos, principalmente benzodiazepínicos, antidepressivos e relaxantes musculares.

- **Exames complementares:**

- Descrever os resultados dos exames realizados, com data (Polissonografia, Exames de imagem, Nasofibrolaringoscopia).

### 7.3. Prioridades para regulação:

- De acordo com resultado da polissonografia (apnéias graves, com Índice de apnéia-hipopnéia (IAH) maior do que 30 eventos/hora).

### 7.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência:

- A critério médico.

## 8. DISFONIA

### 8.1 Condições clínicas necessárias para o encaminhamento para o especialista:

- Disfonia em pessoa com alto risco de neoplasia (tabagista, etilista, com sintomas associados, como disfagia orofaríngea ou odinofagia);
- Disfonia acima de quinze dias, sem causa identificável;
- Disfonia associada a procedimentos cirúrgicos de pescoço ou tórax, história de intubação prolongada.

### 8.2 Conteúdo descritivo que o encaminhamento deve conter, considerando as particularidades de cada caso:

- **Anamnese:**

- Sinais e sintomas (descrever duração, presença de sintomas constitucionais, palpação cervical);
- Fatores de risco: tabagismo, etilismo, profissão;
- História recente de cirurgia de pescoço ou tórax.

- **Exames complementares:**

- Descrever o resultado do exame de videolaringoscopia.

### 8.3. Prioridades para regulação:

- Disfonia prolongada;
- Profissional da voz;
- Paciente tabagista.

### 8.4. Condições clínicas que devem ser encaminhadas ao serviço de urgência e emergência

- Quadro associado à dispneia e/ou disfagia.





## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria nº 516, de 17 de junho de 2015. Aprova as diretrizes diagnósticas e terapêuticas do câncer de cabeça e pescoço. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 16 junho 2015, Seção 1, p. 61.

BRASIL. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. Protocolos de encaminhamento para Otorrinolaringologia adulto. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2020. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/regulasus/>. Acesso em: 15 jun. 2021.

COSTA, S. S. et al. Otorrinolaringologia: princípios e prática. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 283340, 603-618 e 797-803.

DESHAZO, R. D.; KEMP, S. F. Allergic rhinitis: Clinical manifestations, epidemiology, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 20/02/2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/allergicrhinitis-clinical-manifestations-epidemiology-and-diagnosis>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

DUNCAN, B. B. et al (Org.). Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

EPSTEIN, L. J. et al. Clinical guideline for the evaluation, management and long-term care of obstructive sleep apnea in adults. Journal of Clinical Sleep Medicine: JCSM, Darien, v. 5, n. 3, p. 263-276, 2009. Acesso em: 19 jul. 2021.

FURMAN, J. M.; BARTON, J. J. S. Treatment of vertigo [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 09/01/2021. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/treatment-of-vertigo>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

GOROLL, A. H., MULLEY, A. G. Primary Care Medicine: Office evaluation and management of the adult patient. 7th ed. Philadelphia (PA): Lippincott Williams & Wilkins, 2014.

GUSSO, G., LOPES, J. M. C. (Org.). Tratado de medicina de família e comunidade: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2019.

HAMILOS, D. L. Chronic rhinosinusitis: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis [Internet]. Waltham (MA): UpToDate, 30/11/2020. Disponível em: <<https://www.uptodate.com/contents/chronicrhinosinusitis-clinical-manifestations-pathophysiology-and-diagnosis>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

LABUGUEN, R. H. Initial evaluation of vertigo. American Family Physician, Kansas City, v. 73, n. 2, p. 244-251, 2006. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2006/0115/p244.html>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

MUNCIE, H. L.; SIRMANS, S. M.; JAMES, E. Dizziness: Approach to evaluation and management. American Family Physician, Kansas City, v. 95, n. 3, p. 154-162, 2017. Disponível em: <<https://www.aafp.org/afp/2017/0201/p154.html>>. Acesso em: 19 jul. 2021.



# AUTORREGULAÇÃO FORMATIVA TERRITORIAL

NATIONAL INSTITUTE FOR CLINICAL EXCELLENCE. Guidance on Cancer Services: Improving Outcomes in Head and Neck Cancers - The Manual. London: NICE, 2004 [atualizado em 2015]. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/csg6>>. Acesso em: 19 jul. 2021.

PILTCHER, O. B. et al. Rotinas em otorrinolaringologia. Porto Alegre: Artmed, 2015.

ROSENFELD R. M. et al. Clinical practice guideline (update): adult sinusitis. Otolaryngol Head Neck Surg, Rochester, v. 152, n. 2, suppl., p. S1-S39, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Distúrbios respiratórios do sono. Jornal Brasileiro de Pneumologia, Brasília, v. 36, supl. 2, p. s1-s61, 2010.

